



INVESTIGACIÓN «JUEGO SIN CANSANCIO».

Características de la Función Ejecutiva en personas con cuadro clínico de Juego Patológico: Un estudio descriptivo comparativo con jugadores patológicos del área metropolitana del Valle de Aburrá.

ABSTRACT

Objetivo: Describir las características de la función ejecutiva en personas con cuadro clínico de juego patológico, comparando el desempeño de estos con un grupo control, en las pruebas Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST), Prueba de Conflicto Palabra/Color o Test de STROOP, Test de Apertura de Caminos (TMT) - parte B -, Test de Fluidez Verbal (FAS) -Fonológico- y la Escala de Evaluación Comportamental de Función Ejecutiva (BRIEF), para observar diferencias en el funcionamiento ejecutivo. **Diseño:** Estudio Transversal Descriptivo Comparativo, con una variable (Función Ejecutiva). **Muestra:** Dirigida; 26 personas habitantes del área metropolitana del Valle de Aburrá, de los cuales 13 presentan cuadro clínico de Juego Patológico (casos) y 13 personas del grupo control. **Instrumentos:** Entrevista Estructurada de la Historia de Juego, Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS), Escala de Inteligencia de Weschler (WAIS), Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), WCST, Test de STROOP, TMT parte B, FAS Fonológico y BRIEF. **Resultados:** Se encontraron diferencias significativas entre el grupo caso y el grupo control en las dimensiones inhibición (con $t=-5.3$ y $p=0.000$), control emocional (con $t=-3.1$ y $p=0.005$), cambio/flexibilidad (con $t=-3.7$ y $p=0.001$), iniciativa (con $t=-2.2$ y $p=0.042$), monitoreo (con $t=-3.5$ y $p=0.002$) y organización/planeación (con $t=-2.2$ y $p=0.038$).

El gusto por los juegos de azar, los video-juegos, las apuestas, el Internet, etc., ocupan un lugar cada vez más significativo en nuestras sociedades.

Estudios realizados en otros países muestran que en Estados Unidos hay, dependiendo de cada Estado, entre un 1.4% y un 2.8% de jugadores patológicos adultos, que en jóvenes y adolescentes sube a un porcentaje entre el 4% y el 6%; esto es el doble o el triple que en adultos. Lo mismo ocurre en Canadá y Reino Unido para los adolescentes, aunque en adultos en Canadá, la prevalencia es del 1.2%, como en Nueva Zelanda y Australia.

De los países de la Comunidad Económica Europea, España y Alemania son los países que ocupan el primer lugar de gasto per cápita en juego [1].

En Colombia, y específicamente en Medellín, no se han publicado estudios sobre el tema que arrojen cifras exactas acerca del impacto del juego en la población, pero es evidente el aumento y acogida de los casinos y centros de juegos y apuestas en la ciudad.

Personas con conductas persistentes de juego, conductas que resultan significativamente problemáticas para dichos sujetos, han acudido en busca de ayuda a algunos centros e instituciones del área metropolitana del Valle de Aburrá, que ofrecen planes de tratamiento para adicciones. En los meses de julio y agosto de 2003, acudieron al Centro de Desarrollo Humano (CDH) de la Fundación Universitaria Luis Amigó (FUNLAM), aproximadamente 20 personas, que evidenciaron un hábito y gusto exacerbado por el juego, causándoles problemas en el desarrollo normal de su vida familiar y laboral.

Enrique Echeburúa, Javier Fernández Montalvo y Concepción Báez [2], realizaron una investigación sobre el estado del juego patológico en España en la década 1990-2000. El objetivo principal de la investigación fue encontrar un tratamiento adecuado para este trastorno. El estudio reveló que estos pacientes tienden a ser ansiosos y depresivos, impulsivos y con creencias irracionales, y están implicados en problemas de abuso de alcohol. Se logró describir los instrumentos de evaluación para la ludopatía con población española, y se determinó como tratamiento de elección, el control de respuestas y exposición in vivo, seguido de intervención cognitivo conductual para la prevención de recaídas.

Carlos Villoria López [3], siendo docente de Psicología en la Universidad Complutense de Madrid, estudió la evidencia empírica de la relación entre la depresión y la ansiedad en el juego patológico, encontrando que el juego patológico, junto con otras adicciones no químicas, aportan datos importantes sobre los mecanismos de abstinencia y tolerancia; él afirma que el origen de las adicciones no se debe sólo a la dependencia química, sino más bien a la interrupción puramente conductual que daría lugar al deseo persistente en consumir la conducta de juego. Además, llama la atención sobre la posibilidad de la presencia de alteraciones del sistema serotoninérgico, que explicaría la aparición de trastornos psicofisiológicos en los que se confunden los límites de síntomas de ansiedad y depresión en el campo de las adicciones.

Ángela Ibáñez y Jerónimo Sáiz [4], en diciembre de 1999, postularon cinco líneas de investigación neurobiológicas para estudiar los mecanismos etiopatogénicos del juego patológico, las cuales aparecen a continuación:

Primera línea de investigación: La ludopatía como trastorno en el control de los impulsos; es la línea

Paula Andrea Zuluaga	
Luisa Fernanda Montoya	
Egresadas de la Facultad de Psicología- 2005 FUNLAM	



Amor de marinero
1990
Grabado, serigrafía
70 x 50 cm
María de la Paz Jaramillo

reconocida por la American Psychiatric Association (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los estudios pertenecientes a esta línea se han fundamentado en la psicobiología, ocupándose de factores como las conductas relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y las alteraciones de los lóbulos frontal y temporal; además, con la aplicación de pruebas neuropsicológicas se han encontrado alteraciones significativas en el control de los impulsos y en la atención.

La Teoría del Arousal [5] y la búsqueda de sensaciones: es la segunda línea de investigación propuesta por Ibáñez y Sáiz (1999), quienes han postulado que en los jugadores patológicos existe un nivel de Arousal disminuido, por lo que tendrían una necesidad o deseo de excitación para reestablecer su nivel de activación óptimo.

Con respecto a la ludopatía como conducta adictiva, Ibáñez y Sáiz introducen una tercera línea así: “hasta hace pocos años el concepto de adicción incluía sólo aquellas conductas en las que el factor esencial era el consumo de sustancias químicas potencialmente activas (...). Ahora las adicciones se pueden definir de modo general, bajo esta nueva perspectiva, como conductas que producen placer o evitan incomodidad, con un fracaso recurrente en el control de la conducta.” [6] Los investigadores que se incluyen en esta línea de investigación, han encontrado que los elementos conceptuales y diagnósticos de las adicciones, son ampliamente aplicables a las personas con conductas de juego patológico.

La cuarta línea es apoyada por autores que consideran a la ludopatía como una enfermedad mental, incluida en el espectro de los trastornos afectivos o en el trastorno obsesivo-compulsivo; su argumento es la evidencia de cuadros de depresión en ludópatas, no sólo cuadros primarios, sino que al parecer, el cuadro depresivo aparece como un trastorno reactivo a las consecuencias negativas del juego.

El estudio del componente familiar en el juego patológico, dice que: “la posible agregación familiar de un determinado trastorno a través de estudios en familias, en gemelos y en adoptados, puede sentar las bases sobre la posible existencia de un componente familiar en el desarrollo de este trastorno, y llegar a determinar si dicha predisposición es de carácter genético o ambiental” [7]. La quinta línea de investigación, es la de menor desarrollo hasta el momento; los resultados obtenidos son aún preliminares.

En las investigaciones citadas se identifican síntomas del juego patológico como: impulsividad, creencias irracionales, signos de ansiedad y depresión, abandono de responsabilidades, antecedentes de TDAH, alteraciones de los lóbulos frontal y temporal, incremento de la transmisión dopaminérgica y noredrenérgica, persistencia en el consumo del juego, presencia de mecanismos de abstinencia y tolerancia, comorbilidad con las adicciones, tendencia a las recaídas y respuesta positiva al tratamiento aplicado en las dependencias.

Considerando la sintomatología enunciada y orientado por el referente teórico de la neuropsicología, el equipo investigador encuentra relación entre los síntomas del juego patológico y la alteración de la Función Ejecutiva (FE). Investigaciones de síndromes neuropsicológicos en los que se ha encontrado alteraciones funcionales vinculadas al lóbulo frontal, hacen pensar la presencia de alteraciones de la Función Ejecutiva en personas con cuadro clínico de Juego Patológico.

En relación con la ludopatía o juego patológico, es problemático la poca claridad en el diagnóstico, la etiología y los efectos del trastorno. Se ha observado que los criterios para diagnosticar a una persona como jugador patológico en el CDH de la FUNLAM, son imprecisos, ya que el único instrumento para el diagnóstico diferencial, es un ítem incluido en el cuestionario de admisión de dicha institución, en el que se le pregunta al entrevistado si gusta por los juegos de azar, los video-juegos, la Internet, las apuestas, entre otros; si la respuesta es afirmativa, se indaga sobre la frecuencia, circunstancias bajo las cuales desarrolla estas actividades y cumplimiento de sus responsabilidades. Si la persona puntúa por encima de la frecuencia de una vez por semana, y aparecen síntomas de abandono de sus responsabilidades a causa de su gusto por el juego, esta persona se considerará ludópata y se le ofrecerá un plan de tratamiento para poliadictos.

Otro asunto problemático en relación al juego, es el desconocimiento de estudios epidemiológicos que den cuenta de la situación actual y particular, en el contexto colombiano, sobre los efectos de los juegos de azar en la población. También es problemático la deficiente documentación teórica y técnica, pues se conocen estudios investigativos -especialmente españoles-, pero no investigaciones propias que posibiliten el diseño de planes de investigación contextualizados que respondan a necesidades específicas individuales y sociales.

Se plantea, entonces, un proyecto de investigación a partir de la hipótesis según la cual, en los jugadores patológicos existen alteraciones de la función ejecutiva. Los hallazgos tendrán validez científica, pues se utilizarán pruebas parametrizadas, reconocidas por la comunidad científica y a las que se les ha comprobado sensibilidad a las alteraciones del lóbulo frontal, y que cuentan con un soporte teórico desde el que se puede aportar elementos para el diagnóstico del trastorno, y posteriormente para intervenir y prevenir esta problemática.

Para el estudio realizado se utilizó un tipo de diseño de investigación transversal descriptivo comparativo. La investigación pretendía describir una variable, Función Ejecutiva, a partir de sus ocho dimensiones (inhibición, control emocional, cambio, iniciativa, orden, monitoreo, memoria de trabajo, planeación), comparándola en dos grupos de personas (grupo caso y grupo control).

Se empleó una muestra no probabilística o dirigida, 26 personas habitantes del área metropolitana del Valle de Aburrá, de los cuales 13 presentan cuadro clínico de Juego Patológico (casos) y 13 personas del grupo control. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron: Entrevista Estructurada de la Historia de Juego, Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS), Escala de Inteligencia de Weschler (WAIS), Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), WCST, Test de STROOP, TMT parte B, FAS Fonológico y BRIEF. Para el análisis comparativo se empleó la herramienta estadística “Prueba t”, además se utilizaron medidas de distribución estándar como la media y la varianza.

A través de los resultados del SOGS, de la Historia de Juego y de la observación clínica, se halla que los jugadores patológicos alcanzan un deterioro total en las áreas familiar, económica, laboral, académica, social y personal (autoesquemas), que en algunos casos no se llega a recuperar o sólo se logra una recuperación parcial de las mismas, aún después de detener el juego compulsivo y participar del proceso de recuperación.

Desde los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Evaluación Comportamental de Función Ejecutiva (BRIEF), de la Escala de Inteligencia de Weschler (en los subtest vocabulario, semejanzas, historietas y comprensión) y de la Prueba de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (en aciertos y respuestas del nivel conceptual) se logran identificar diferencias significativas en la Función Ejecutiva entre el Grupo Control y el Grupo de Jugadores Patológicos.

En el BRIEF aparecen diferencias relevantes en seis (6) de las ocho (8) dimensiones que éste instrumento evalúa. Las dimensiones en las que se encontraron diferencias son: Inhibición, Control emocional, Cambio/Flexibilidad, Iniciativa, Monitoreo y Organización/Planeación.

Tabla 1. Análisis comparativo del desempeño de la muestra en la Escala Evaluación Comportamental de Función Ejecutiva (BRIEF)

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO CONTROL		T	P
	D.S.	MEDIA	D.S.			
Inhibición	9.3	4.0	2.7	2.0	-5.3	0.000
Control Emocional	9.5	4.8	4.1	4.0	-3.1	0.005
Cambio/flexibilidad	10.2	4.3	4.7	2.9	-3.7	0.001
Iniciativa	4.2	3.7	1.6	2.2	-2.2	0.042
Orden	4.7	5.0	2.8	2.8	-1.1	0.226
Monitoreo	7.1	3.2	3.2	2.4	-3.5	0.002
Memoria de Trabajo	3.7	3.8	2.0	2.1	-1.4	0.16
Organización-Planeación	7.7	3.5	5.0	2.5	-2.2	0.038

Con respecto a la inhibición se encontró que el grupo de jugadores patológicos presenta índices inferiores a los del grupo control, lo que da cuenta de un problema de impulsividad o de un déficit en el control de los impulsos. Mientras en el grupo control hay una media de 2.7, el grupo de ludópatas presenta una media de 9.3, con un nivel de significancia de 0.000, lo que significa que el grupo de ludópatas presenta un bajo nivel de control inhibitorio y un alto nivel de impulsividad.

Frente a la dimensión control emocional, la observación clínica apoya los resultados arrojados por el BRIEF, pues es notoria en estas personas su dificultad para manejar asertivamente las emociones generadas por un estímulo particular. Se observa en ellos labilidad emocional, irritabilidad y un nivel de descontrol superior en comparación a otras personas que no presentan el cuadro clínico de juego patológico.

Los resultados obtenidos a partir del BRIEF en esta variable arrojan que, el grupo control presenta una media de 4.1 y el grupo ludópatas presenta una media 9.5 con un nivel de significancia de 0.005, lo que significa que el grupo de ludópatas presenta un bajo nivel de modulación de las emociones, evidenciado en reacciones explosivas frente a un estímulo y en la incapacidad de expresión de las mismas.

Se presenta significativamente baja la dimensión cambio/flexibilidad en el grupo de jugadores patológicos con respecto a los resultados del grupo control. El grupo control presenta una media de 4.7, mientras el grupo de ludópatas presenta una media de 10.2, con un nivel de significancia de 0.001. Estos resultados se relacionan con la incapacidad de hacer transiciones, tolerar los cambios, flexibilidad para solucionar problemas, alternar la atención y fluctuaciones en el proceso atencional. La significancia se explica como una dificultad para pasar rápidamente de una idea o actividad a otra.

En los jugadores patológicos el déficit en la iniciativa se refleja en diferentes áreas. Socialmente estas personas se interesan menos por estar con su grupo de amigos, académica y laboralmente se disminuye la motivación para comenzar a realizar las tareas asignadas, y cognitivamente se percibe poca creatividad para generar ideas y planes con soluciones efectivas a problemas del día a día.

Con respecto a esta variable en los resultados arrojados por el BRIEF, el grupo control presenta una media de 1.6, mientras el grupo de ludópatas presenta una media de 4.2 con un nivel de significancia de 0.042. Estos resultados reflejan poca habilidad para comenzar a realizar una tarea de manera autónoma, generando ideas y / o estrategias de resolución de problemas.

Otra dimensión que se encontró significativamente baja en los jugadores con respecto al grupo control, es el monitoreo. El grupo control con una media de 3.2 y el grupo de ludópatas con una media de 7.1 y un nivel de significancia de 0.002, lo que muestra que el grupo de ludópatas presenta alteraciones en la capacidad para evaluar el trabajo realizado y en la capacidad de observar las propias conductas y determinar el impacto de las mismas en la relación con el otro.

En los jugadores patológicos el autocontrol aparece claramente afectado; éste se evidencia en la dificultad que representa para ellos asumir las consecuencias que el trastorno puede traerles a futuro en las diferentes esferas de su vida, tanto a ellos como a las personas que los rodean.

Finalmente, se presentan diferencias relevantes en los resultados en la dimensión organización/planeación entre ambos grupos del estudio. El grupo control presenta una media de 5.0, mientras el grupo de ludópatas presenta una media de 7.7 con un nivel de significancia de 0.039, lo que quiere decir que el grupo de ludópatas presenta alteraciones en la habilidad para anticiparse a eventos futuros, fijar metas y desarrollar apropiadamente una secuencia de pasos en un tiempo y orden

establecidos que le permitan finalizar una actividad.

También está claramente afectada la habilidad para organizar la información de modo que se puedan obtener los conceptos claves en el momento de recibirla y/o transmitirla, ya sea de forma oral o escrita. Se observa una incapacidad para iniciar y llevar a cabo conductas dirigidas a una meta; esta dificultad para organizar la conducta temporalmente, sólo se pone en evidencia en algunas ocasiones debido a que, en general, no afecta la vida cotidiana.

A partir de los hallazgos investigativos podemos afirmar que el trastorno comportamental presente en el cuadro clínico de Juego Patológico, también es susceptible de ser explicado con el modelo híbrido de Barkley, ya que la población estudiada muestra síntomas muy similares a los del TDAH, como son: el déficit en el control inhibitorio, la baja capacidad para anticiparse a eventos futuros, la ausencia del lenguaje interior, y las deficiencias en la secuenciación lógica de actividades dirigidas a metas.

[1] BECOÑA, Elisardo. Epidemiología del juego patológico en España. En : Anuario de Psicología. Facultad de Psicología Universidad de Barcelona. Barcelona. Vol.30, No4 (Dic.1999) p.9

[2] ECHEBURÚA, Enrique; FERNANDEZ MONTALVO, Javier y BÁEZ, Concepción. El juego patológico en España: Aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990-2000). En : Revista de Psicología General y aplicada. Vol.53 No4. España: Federación Española de Asociaciones de Psicología y Promolibro, Octubre de 2000. ISSN: 0373-2002. pp. 641-659

[3] VILLORIA LÓPEZ, Carlos, Ansiedad y depresión en el juego patológico, En: Revista Electrónica de Psicología: Psicología.com [on line]. España. Vol 2 No 1 (Enero de 1998) < www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/artic_6.htm > [consulta: 27 de Mar.2003] ISSN 1137-8492.

[4] SÁIZ, Jerónimo e IBÁÑEZ, Ángela. Las bases Neurobiológicas del juego patológico. En : Anuario de Psicología. Facultad de Psicología Universidad de Barcelona. Barcelona. Vol.30, No4 (Dic.1999) pp.47-65

[5] El término *Arousal* se refiere al grado de activación o de alerta del organismo.

[6] Ibid., pp.41-42

[7] Ibid., 57p.

